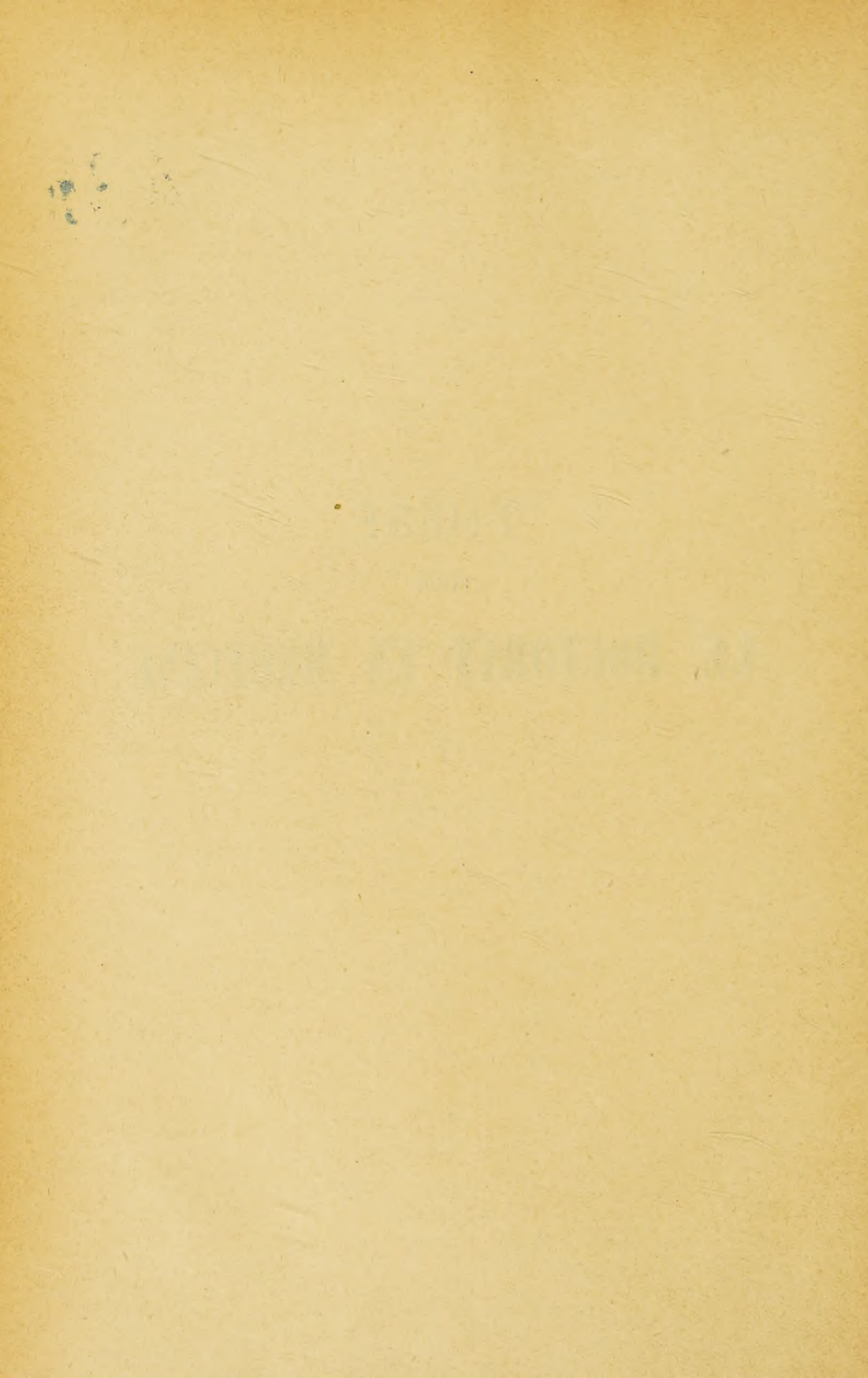


THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

434

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1904, à 1 heure.

PAR

F. MAIRE

Interne de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

SUR UNE FORME SPÉCIALE

DE

l'Angine diphtérique pure

SIMULANT L'ANGINE PHLEGMONEUSE

(Étude clinique et bactériologique)

« Naturam morborum curationes ostendunt. »

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : { MM. HUTINEL et BUDIN, professeurs.
MÉRY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHT.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFUY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.....	}	GUYON.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	Vaquez
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT PASTEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Inspecteur général des Services sanitaires,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

SUR UNE FORME SPÉCIALE

DE

L'Angine Diphtérique Pure

simulant l'Angine Phlegmoneuse

ÉTUDE CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

AVANT-PROPOS

Constater un simple fait, le considérer après étude comme quelque peu intéressant et l'exposer ensuite, tel a été l'objet de ce travail. Mais auparavant, il est pour nous un devoir auquel nous nous garderions bien de faillir. Nous tenons, en effet, à remercier les Maîtres qui, pendant près de dix années, nous ont, dans les Hôpitaux, prodigué leurs leçons et leurs conseils. Parmi eux il en est certains dont nous n'oublieront jamais le dévouement vraiment remarquable doublé d'un

sérieux désir d'instruire ; qu'à cet effet M. le professeur Budin et M. le professeur agrégé Campe-non veuillent bien agréer le témoignage de notre vive reconnaissance.

A l'Institut Pasteur MM. Roux, Metchnikoff et leurs collaborateurs dont nous avons suivi l'enseignement pendant plus de deux années, ainsi que les divers chefs de laboratoires, MM. Binot, Nicolle, etc... nous ont toujours réservé le meilleur accueil. Auprès de tels maîtres nous avons parfait notre éducation médicale en y trouvant cet enseignement indispensable au médecin aujourd'hui doublé d'un hygiéniste ; nous leur adressons nos plus sincères remerciements.

A l'hôpital Pasteur, notre chef direct, M. le Dr Louis Martin a été pour nous un maître dont l'enseignement nous sera précieux. En nous rapportant un fait clinique dont il avait été témoin, et dont il sera parlé plus loin, il nous a en même temps suggéré l'idée de ce travail, pour lequel il ne nous a pas ménagé ses conseils ; bien grande est donc la dette de reconnaissance que nous avons contractée à son égard, qu'il veuille bien en accepter le témoignage. Au service de la consultation, nous avons su apprécier et profiter des leçons et de l'exemple de M. le Dr Veillon, tant au point de vue médical, qu'au point de vue des rapports avec le malade de la ville, nous lui en restons reconnaissant.

Au laboratoire M. le Dr Momont a été aussi

pour nous un maître ; sa connaissance approfondie de la technique bactériologique fut pour nous une source d'enseignement ou nous avons puisé d'autant plus largement et plus souvent, que nous étions sûr d'être accueilli chaque fois avec la plus obligeante bienveillance, nous ne saurions trop l'en remercier. Nous remercions également le D^r Loiseau de la sympathie et de la bonne camaraderie dont il a toujours fait preuve à notre égard. M. le D^r Girard a bien voulu se montrer pour nous autant un ami qu'un camarade et surtout qu'un dévoué conseiller ; il a su tant à l'hôpital qu'au laboratoire, nous faire profiter de ses connaissances, avec une amabilité telle, que nous n'avons pas craint d'en abuser à plaisir, aussi en garderons-nous toujours le meilleur souvenir.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les questions dont se sont surtout préoccupés les cliniciens, il en est une qui eut le don d'attirer spécialement leur attention ; celle du diagnostic des angines. Prenant pour base les symptômes et l'aspect, les auteurs établirent un groupe de formes, de variétés, en un mot une classification, ou chaque type revêtant un ou plusieurs caractères particuliers, rentrait dans un cadre net et bien déterminé qui la différenciait des types voisins.

Quand avec l'ère bactériologique, la clinique fut armée d'un moyen de diagnose nouveau, et qu'on put à coup sûr diagnostiquer l'angine diphtérique, il se produisit un certain bouleversement dans la classification précédemment adoptée. On s'aperçut que cette angine diphtérique pouvait revêtir les formes les plus variées. On revisa un à un les différents types d'angine qui, au point de vue clinique, occupaient une place bien marquée dans la classification ; on constata que bien souvent, la diphtérie existait là où on ne la soupçonnait pas. Nombre d'angines cataloguées herpétiques pultacées, ou autres, durent ainsi quitter la

place bien nette où on les avait placées pour rentrer dans le cadre de la diphtérie. Et il semblait vouloir naître une telle confusion, qu'aujourd'hui, dans le plus grand nombre des cas, alors que l'examen clinique peut encore laisser subsister quelques doutes, on se voit obligé de faire appel à la bactériologie, pour lui demander un diagnostic définitif et sûr.

Néanmoins, si la découverte de Lœfler a pu venir jeter un certain trouble dans les idées adoptées depuis longtemps déjà, il ne faudrait pas croire que la classification ancienne a pu disparaître devant ce fait nouveau. Celle-ci constitue, en effet, un vieil édifice qui repose sur une base solide, l'observation, et il est bien difficile sinon impossible de détruire ce qui repose sur un pareil fondement. Toutefois, cet édifice reste susceptible de s'accroître et de se consolider par l'apport de faits, d'observations et d'éléments nouveaux. C'est pourquoi, les différents types, d'angine herpétique pultacée, etc... subsisteront toujours avec leurs caractères bien fixés. Mais il sera toujours possible de signaler des modifications de ces différents types, dans leur aspect et dans leur allure, modifications qui se produiront soit sous l'influence de causes qui nous échapperont, soit, le plus souvent, sous l'influence du bacille diphtérique, qui venant faire incursion dans des formes ou nous ne sommes pas habitués à le rencontrer, pourra faire revêtir à ces formes des caractères

d'une gravité d'autant plus grande que nous ne l'aurons pas soupçonnée.

Parmi les angines à forme nettement déterminée, où le bacille diphtérique est ainsi susceptible de se rencontrer, et par suite d'en aggraver le pronostic, il en est une dont les caractères particulièrement bien tranchés devaient faire écarter, de prime abord, l'idée de diphtérie associée possible. Cette forme, c'est l'angine phlegmoneuse.

L'angine diphtérique semble, elle aussi parfois, susceptible de présenter des modifications intéressantes. Nous avons pu constater que par l'apport d'un élément nouveau, élément inflammatoire, elle pouvait revêtir un aspect particulier. Cet élément inflammatoire qui n'est pas ce gonflement œdémateux que l'on rencontre dans certains cas d'angine diphtérique, siégeant sur les deux amygdales et sur la luette au point d'obstruer l'isthme du pharynx, s'en différencie, au contraire par son aspect, sa tendance à la localisation unilatérale, faisant ainsi prendre à cette variété d'angine une forme bien déterminée. Notre but dans les lignes qui vont suivre sera de montrer qu'il se constitue ainsi un type clinique spécial d'angine diphtérique, qui s'il rappelle d'une façon parfaite par son aspect et ses caractères l'angine phlegmoneuse, s'en différencie néanmoins par sa nature.

**Angine à fausse-membrane affectant la forme
phlegmoneuse.**

Bien que pour certains cliniciens, l'association de diphtérie et phlegmon amygdalien semble devoir être encore considérée comme rare et exceptionnelle, elle n'a pas cependant échappé aux observateurs. Maingault fut un des premiers à signaler ce fait, et dans une note qu'il fit paraître en 1859 sur la paralysie dans les angines, il rapporta deux cas d'abcès amygdaliens qui se compliquèrent d'une angine couenneuse et furent suivis de paralysie. Après lui de nombreux auteurs signalèrent des cas d'angine phlegmoneuse suivie de paralysie ; on pourrait en citer de nombreux exemples. Il suffit de rappeler ceux bien connus de Marquez, Becquerel, Germain Sée, Mayer, etc...

Dans l'impossibilité où ils étaient de rapporter à leur véritable cause les faits qu'ils constataient, ces auteurs se contentaient de mentionner que, dans cette affection, on pouvait voir survenir des complications analogues, disaient-ils, à celles qu'on observe dans la diphtérie. En 1860, Marquez de Colmar, dans un rapport lu à la Société médicale du Haut-Rhin disait : « L'angine diphtérique n'est pas seule en possession du fâcheux privilège d'entraîner ainsi à sa suite des lésions pro-

fondes et parfois très graves de la sensibilité et de la motilité. Vous savez, en effet, que l'on a vu la paralysie, même généralisée, succéder à une angine phlegmoneuse avec fonte des amygdales. » Lasègue, en 1868, dans son *Traité classique des angines*, disait au chapitre de la périamygdalite phlegmoneuse : « Chez quelques malades l'inflammation qui s'est propagée aux parties voisines a pour conséquence une paralysie du voile du palais... On voit plus souvent chez les adolescents la maladie entraîner une déperdition de forces qu'on n'avait pas lieu d'attendre et qui tient à l'âge des malades plus encore qu'à l'intensité de l'infection. » Et l'on pourrait multiplier les citations. Plus tard, lorsque s'agita la question de l'infectiosité et de la contagiosité des amygdalites, une observation qui fut une des bases et qui revint toujours dans la discussion fut celle de Frenkel de Berlin, dans laquelle on ne peut aujourd'hui voir qu'un abcès amygdalien compliqué de diphtérie.

Quand vers 1890, on commença à appliquer systématiquement l'examen bactériologique au diagnostic des angines, fatalement on confirma ce que les anciens observateurs avaient constaté.

Les paralysies consécutives aux amygdalites trouvèrent leur explication. Depuis nombreuses sont les observations d'association de diphtérie et de phlegmon amygdalien, on en trouve dans bien des thèses, il suffit de citer celles de Roché, Henry, etc... Gouguenheim dans une communication

qu'il fit, il y a quelques années, à la Société médicale des hôpitaux, sur la diphtérie chez l'adulte, ne manqua pas de signaler ce fait. Nous-même, avons pu réunir un assez grand nombre d'observations de ce genre.

Dans tous ces cas signalés par les auteurs, dans ceux que nous avons nous-même observés, l'agent provocateur de la réaction inflammatoire, l'agent causal de l'inflammation, fut un microbe pyogène amenant la formation du phlegmon amygdalien auquel venait s'adjoindre un autre élément, la diphtérie.

Or, si contrairement aux idées classiques couramment admises, nous pouvions supposer que le bacille diphtérique seul fut susceptible de provoquer une réaction de défense locale intense, une réaction inflammatoire très accusée ; si d'autre part cette réaction s'accompagnait de cette localisation unilatérale dont quelques auteurs et Roger entre autres ont signalé la grande tendance dans la diphtérie de l'adulte ; ne semble-t-il pas alors, que nous serions en présence d'un type clinique spécial, rappelant l'angine phlegmoneuse par sa forme et ses caractères, mais s'en différenciant par sa nature, et dont par suite les conséquences pratiques seraient très importantes ? Etions-nous en droit de faire une telle supposition ? un fait clinique nous mit sur la voie de cette hypothèse, ce fut le suivant (1) :

1. Ce fait nous a été rapporté par M. Louis Martin.

Un malade soigné en ville est pris brusquement d'un mal de gorge, caractérisé par une tuméfaction inflammatoire prononcée, s'accompagnant d'exsudat. On fait le diagnostic d'angine phlegmo-neuse, une incision est pratiquée qui n'amène aucun résultat. L'affection continue à évoluer, l'état général s'aggrave, on a des doutes, on fait appel à la bactériologie.

L'ensemencement est pratiqué sur deux tubes de sérum coagulé : au bout de 24 heures aucun développement : 48 heures après, les tubes sortis de l'étuve sont couverts de colonies de Lœfler.

Il s'était produit ce fait bien connu que lorsqu'on pratique l'ensemencement d'une gorge atteinte de diphtérie et qui a subi des lavages antiseptiques répétés, il en résulte un retard relativement considérable dans le développement de la culture. On était déjà loin du début de la maladie quand on voulut intervenir. L'état du malade empira rapidement ; on vit apparaître une dyspnée qu'on attribua tout d'abord, à une gêne mécanique ; en réalité cette dyspnée était d'origine bulbaire et le malade succomba à l'intoxication diphtérique.

Tel est ce premier fait dans lequel un malade s'est présenté porteur d'une affection rappelant par l'ensemble de ses caractères l'angine phlegmo-neuse. Il fut traité dans ce sens ; le diagnostic exact fut trop tardif, le dénouement fut fatal.

L'angine diphtérique pouvait-elle donc revêtir une allure telle, qu'elle entraînaît le clinicien dans

une erreur aussi grave ? Ce fut là le point de départ de nos recherches et de nos observations, elles devaient nous amener à conclure par l'affirmative. Nous avons pu ainsi réunir un certain nombre de cas. Ce sont quatre de ces observations que nous allons rapporter en détail. L'exposition détaillée et précise d'un fait ayant à notre avis une plus grande valeur que la meilleure description, dont elle est d'ailleurs la base indispensable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Valentine T..., 22 ans, fille de salle, ne présente rien dans ses antécédents qui puisse intéresser l'affection actuelle.

Elle n'est point sujette aux amygdalites. Ne se rappelle pas avoir été en contact avec une personne atteinte de mal de gorge.

Dans le courant de la semaine, elle ressent un « mal de gorge » caractérisé par du picotement, s'accompagnant d'une douleur ganglionnaire au niveau du cou, à droite ; en même temps apparaissent des symptômes généraux d'abord peu prononcés.

Le dimanche, la malade a la sensation d'un gonflement à droite, qui provoque la gêne de la déglutition ; en examinant sa gorge à ce moment, elle voit, dit-elle, des « peaux blanches ». Le même jour apparaît un trismus d'abord léger, qui, le lendemain lundi, va en s'accroissant, la voix se voile, l'articulation des sons est difficile. Le mardi le malaise général augmente, la douleur au niveau de la gorge devient plus forte, et oblige la malade à abandonner son travail. Elle entre à l'hôpital, le mercredi 25 février.

Mercredi 25 février. — *Examen à son entrée.* —

Quand on veut examiner la gorge on constate tout d'abord un « *trismus intense* ». L'écartement des maxillaires est très limité, difficile et douloureux. Il est impossible à la malade d'articuler un son ni une parole. L'arrière-bouche est rendue, de ce fait, peu accessible. Néanmoins on peut arriver à constater « à droite » une tuméfaction volumineuse, qui siège au niveau de la région amygdalienne. Cette tuméfaction s'étend en dedans, jusqu'à la ligne médiane, repoussant la luette œdémateuse. En avant, elle est constituée par le voile du palais qui bombe et fait saillie; sa partie inférieure est inaccessible à l'examen. De plus cette tuméfaction, lisse, rouge, tendue, présente à sa face antérieure une « *fausse membrane* » qui, recouvrant l'amygdale et le pilier antérieur empiète légèrement sur le voile. L'amygdale gauche non tuméfiée présente simplement de la rougeur.

L'haleine est fétide; la déglutition très douloureuse. L'affection est franchement unilatérale et « *sauf la fausse-membrane, revêt tous les caractères de l'angine phlegmoneuse* ». Cet état de la gorge s'accompagne d'une adénite droite monoganglionnaire, volumineuse et douloureuse, siégeant à l'angle du maxillaire.

Les symptômes généraux sont peu prononcés. Le pouls est petit, la température 37°5.

On fait immédiatement une injection de 40 cme. SAD.

Le 26 février. — La malade, qui a pu dormir pendant la seconde partie de la nuit, accuse ce matin un mieux sensible.

Pendant la journée une fausse-membrane se détache.

Le trismus semble vouloir s'atténuer. Température 37°3.

Le 27 février. — Au point où était la fausse-membrane on ne voit plus que deux ou trois points blanchâtres. La tuméfaction a beaucoup diminué. La malade qui depuis trois jours ne pouvait rien absorber commence à déglutir. Le trismus est de moins en moins accusé. La voix est toujours voilée.

L'adénite est moins douloureuse. Température normale.

Le 28 février. — Le voile du palais est libre, et n'est plus tuméfié.

L'amygdale et le pilier antérieur forment encore une masse un peu hypertrophiée, mais moins lisse et moins tendue. On ne constate plus trace de fausse-membrane.

Le trismus a en grande partie disparu ; la malade ouvre franchement la bouche et commence à articuler des sons. L'adénite est de moins en moins douloureuse.

Le 1^{er} mars. — La muqueuse n'est plus injectée, présente seulement une légère rougeur. L'amygdale seule reste un peu augmentée de volume, mais moins lisse et moins tendue ; les cryptes se dessinent.

Le pilier antérieur, bien que encore accolé à l'amygdale, s'en distingue néanmoins ; à son niveau toute réaction inflammatoire a disparu. La luette n'est plus oedémateuse ; la voix est normale. La déglutition se fait facilement. L'adénite a presque complètement disparu ; et le ganglion, de la grosseur d'un pois, est indolore à la pression. L'état général ne présente rien de particulier.

La malade quitte l'hôpital dix jours plus tard.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé. Les deux tubes sont couverts de colonies de diphtérie : *bacille long*.

Inoculation à un cobaye de 380 grammes le vendredi à 4 heures après-midi. Mort dans la nuit du samedi au dimanche, c'est-à-dire 36 heures environ après l'inoculation.

À l'autopsie, lésions de diphtérie.

OBSERVATION II

Léon N..., 20 ans, garçon d'hôtel.

Lundi 23 novembre. — Le malade est pris brusquement dans la matinée d'un « mal de gorge » qui va en s'augmentant dans le courant de la journée ; le soir il peut cependant prendre son repas comme à l'habitude. Pendant la nuit insomnie : il commence à ressentir de la gêne de la déglutition et un peu de céphalée.

Mardi 24 novembre. — Dans le courant de la journée, le mal augmente. L'appétit bien que conservé, le malade ne peut absorber d'aliments, par gêne et douleur de la déglutition : les liquides seuls peuvent être absorbés.

La nuit insomnie ; apparition du gonflement de la région angulo-maxillaire gauche ; en même temps que le malade a la sensation d'une grosseur qui se développe dans la gorge.

Céphalée peu prononcée.

Mercredi 25 novembre. — Le malade est obligé

d'interrompre son travail. Il va consulter à l'hôpital de la Charité d'où on l'envoie à l'hôpital Pasteur où il arrive à une heure de l'après-midi.

Examen à son entrée. — Le malade présente au niveau de la région angulo-maxillaire gauche un gonflement avec empâtement qui s'étend à toute la région latérale du cou, et en haut dans toute la région parotidienne. Au toucher on provoque une douleur assez vive au niveau de l'angle de la mâchoire. Les mouvements du cou sont pénibles et le malade maintient sa tête immobile. A droite pas d'adénopathie.

Lorsqu'on veut examiner la gorge, on constate tout d'abord un « *trismus* » prononcé, qui ne permet que difficilement l'exploration de l'arrière-bouche.

On voit « à gauche » le voile du palais, qui bombe et fait saillie, formant un gonflement rouge, lisse, tendu, et tapissé d'une « *fausse-membrane* ».

On explore avec difficulté la région amygdalienne. On constate que l'amygdale, de ce même côté gauche, est très volumineuse et coiffée d'une fausse-membrane qui se continue avec celle du voile. Voile du palais dans sa partie gauche, pilier antérieur gauche, et amygdale du même côté, accolés l'un à l'autre, du fait de la réaction inflammatoire intense dont ils sont le siège, constituent ainsi une tuméfaction considérable. Cette tuméfaction, franchement « *unilatérale* » s'étend en avant, jusqu'à l'union du voile avec la voûte ; il est impossible, même en déprimant fortement la langue, d'en explorer la partie inférieure, et d'établir jusqu'où s'étend la fausse-membrane de ce côté ; en dedans elle franchit la ligne médiane de un cen-

timètre environ, repoussant sur l'amygdale droite, simplement rouge, à peine tuméfiée et sans exsudat, la luette œdémateuse coiffée en doigt de gant par une fausse-membrane, et si augmentée de volume qu'on n'en peut percevoir l'extrémité, même en essayant de la faire projeter en avant par le malade.

L'orifice de l'isthme du gosier se trouve ainsi considérablement réduit ; il en résulte une gêne considérable de la déglutition qui est pénible et douloureuse. L'articulation des sons est presque impossible ; la voix est amygdalienne.

« L'affection présente tous les caractères d'une angine phlegmoneuse gauche se compliquant d'une épaisse fausse-membrane ».

La langue très saburrale, présente sur ses bords, et de chaque côté, au niveau de la dernière molaire en mauvais état, une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et recouverte d'une fausse membrane.

L'haleine est fétide. Etat général peu prononcé.

Pouls petit. Céphalée légère, courbature.

Température 38°.

On fait une injection de 40 cme. SAD.

Jeudi 26 novembre. — Cette nuit insomnie.

Le gonflement du cou qui s'est accentué dans la journée d'hier est, au dire du malade, moins douloureux. Les mouvements de déglutition sont moins pénibles. Le trismus est moins accentué.

Température 38°.

Vendredi 27 novembre. — Le gonflement du cou a commencé à diminuer. Les mouvements sont moins pénibles, le malade ne s'astreint plus à garder l'immobilité de la tête.

La tuméfaction tonsillo-palatine est en voie de régression. La luette est toujours œdémateuse.

La fausse-membrane est épaissie et présente sur son contour, la zone rouge, indice de la réaction consécutive à l'injection de sérum.

La déglutition est de moins en moins douloureuse.

Le trismus est maintenant à peine prononcé. Température 37°. Pouls normal.

Samedi 28 novembre. — Le gonflement du cou a considérablement diminué ; la région angulo-maxillaire est encore un peu douloureuse à la pression.

Au niveau de la gorge la tuméfaction a disparu en partie ; de ce fait l'isthme n'est plus obstrué.

L'absence de trismus permet d'explorer facilement l'arrière-bouche.

La fausse-membrane qui tapissait le voile du palais a disparu, mais la face interne de l'amygdale est encore coiffée. La luette sur sa face postérieure est également recouverte d'une fausse-membrane, qui empiète sur ses faces latérales. Entre la luette et l'amygdale, on aperçoit en arrière le pilier postérieur et la paroi du pharynx tapissés d'un exsudat plastique.

Température 36°8.

Dimanche 29 novembre. — Au niveau de la gorge « *l'aspect phlegmoneux a complètement disparu* ».

L'aspect est celui d'une angine diphtérique simple en voie de guérison.

La tuméfaction tonsillo-palatine n'existe plus ; la partie postérieure du voile est libre ; le pilier antérieur se distingue nettement de l'amygdale sur laquelle il n'est plus accolé,

On note une rougeur intense de la gorge. Des fausses-membranes, en voie de disparition, existent encore sur la face interne de l'amygdale, à la face postérieure de la luette et sur le pilier postérieur ; elles ne forment plus une coiffe continue mais des ilots qui s'effritent et se détachent.

Le gonflement du cou a complètement disparu.

Il n'existe plus qu'une douleur très légère à la pression au niveau du ganglion angulo-maxillaire.

L'écartement des maxillaires atteint son amplitude normale.

La langue est toujours très saburrale, et les deux ulcérations qui siègent sur ses bords au niveau des molaires présentent toujours un exsudat plastique.

La déglutition des aliments liquides se fait facilement.

Le malade a commencé à se lever. Dans l'après-midi il a pu dormir plusieurs heures ; c'est la première fois depuis le début de la maladie.

Lundi 30 novembre. — Plus d'insomnie la nuit. La gorge présente encore une rougeur diffuse mais moins intense. La luette atteint presque sa dimension normale et n'est plus œdémateuse.

La disparition des fausses-membranes est pour ainsi dire complète ; il n'existe plus qu'une légère traînée grisâtre en voie de disparition sur l'amygdale gauche.

Les ulcérations linguales sont débarrassées également des membranes qui les recouvraient.

Etat général excellent. Le malade se lève et commence à prendre des aliments solides.

Mardi 2 décembre. — La gorge a repris son état

normal. Le malade est bien portant. Il n'est plus soumis à aucun régime.

Il quitte l'hôpital dix jours plus tard.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé.

Les deux tubes sont couverts de colonies de diphtérie: « *bacille long* ».

Inoculation: cobaye de 480 grammes.

Inoculé le 30 novembre à 11 heures du matin.

Mort le 2 décembre à 5 heures du soir: c'est-à-dire 58 heures environ après l'inoculation.

A l'autopsie lésions de diphtérie.

OBSERVATION III

Constant D.... 24 ans, peintre en bâtiments. Le malade, dit n'avoir été en contact avec aucune personne, adulte ou enfant, atteint d'angine ou de maladie contagieuse.

Son affection a débuté il y a deux jours. Après son déjeuner il ressent un léger mal de gorge, caractérisé par du picotement. Pendant le restant de la journée il se livre à ses occupations habituelles, sans rien ressentir que son mal de gorge auquel il n'attache pas d'importance. La nuit est calme.

Le lendemain au réveil, il éprouve de la céphalée, la langue est saburrale. Puis la céphalalgie devient plus intense, s'accompagnant de fièvre d'inappétence. Le malade dans l'impossibilité de faire son travail, est obligé de s'aliter l'après-midi.

Le soir il se fait transporter à l'hôpital où il arrive à 10 heures le 9 novembre.

L'examen pratiqué à ce moment, montre au niveau de la gorge à gauche, une amygdale très tuméfiée, siège d'une rougeur intense. Le voile du palais du même côté fait saillie. La luette est œdémateuse. On note un voile blanchâtre peu épais qui tapisse cette amygdale et le voile du palais du même côté ; un enduit de même nature tapisse également la luette.

L'amygdale droite, rouge, mais non tuméfiée, présente un point blanchâtre sur sa face interne.

Adénopathie monoganglionnaire et angulomaxillaire gauche douloureuse ; rien à droite. On fait aussitôt une injection de : 40 cme. SAD.

Mardi, 10 novembre. — Le restant de la nuit a été agité, insomnie, céphalalgie. L'examen pratiqué le matin montre que l'angine s'accroît, l'amygdale devient plus volumineuse, le voile du palais, fait en avant une saillie plus prononcée, la *fausse-membrane* blanc grisâtre qui les recouvre s'est épaissie.

Amygdale et voile du palais, sièges d'une réaction inflammatoire très prononcée : forment une tuméfaction unique qui s'étend en avant jusqu'à l'union du voile avec la voûte, occupe toute la région de l'amygdale et la région périlabiale ; franchit en dedans la ligne médiane, repoussant la luette très œdémateuse et encapuchonnée d'une fausse-membrane, sur l'amygdale droite qui ne présente pas d'augmentation de volume appréciable et est seulement le siège d'une rougeur vive.

L'affection est franchement « *unilatérale* » et présente nettement l'« *aspect phlegmoneux* ».

On note en même temps du « *trismus* » ; une difficulté interne de la déglutition qui est très douloureuse. L'articulation des sons est impossible.

L'haleine est fétide ; la langue saburrale.

L'adénopathie angulo-maxillaire qui siège uniquement à gauche, s'accompagne aujourd'hui de gonflement du cou du même côté, et contraint le malade à l'immobilité. A droite pas d'adénopathie.

L'état général est plus prononcé ; le pouls est petit et rapide ; la température 39°2.

Mercredi 11 novembre. — Le malade a eu une nuit calme ; il a pu s'assoupir ; ce matin la céphalalgie a disparu. Lui-même dit ressentir un peu d'amélioration dans son état général.

A l'examen de la gorge, on voit que le gonflement est à peu près aussi prononcé que la veille ; mais la fausse-membrane s'est épaissie, prenant l'aspect d'une véritable couenne ; elle présente sur son pourtour, la zone rouge caractéristique consécutive à l'injection de sérum.

La gêne de la déglutition est moins prononcée ; le trismus a disparu en partie. Le gonflement du cou à gauche a un peu diminué, et la douleur est moins vive à ce niveau. Pouls 80 ; température 38°.

Jeudi 12 novembre. — Ce matin, le malade accuse une amélioration très notable. Il a pu dormir 4 heures environ. La température est à 37°3 ; le pouls est normal.

L'examen de la gorge, fait voir que la tuméfaction tonsillo-palatine a considérablement diminué ; elle ne dépasse plus la ligne médiane et le gonflement palatin est à peine appréciable.

Hier, au moment d'un effort de toux, une partie de la fausse-membrane s'est détachée et a été expulsée.

La luette qui n'est plus déjetée à droite sur l'amygdale a repris sa situation médiane ; elle est encore œdémateuse mais n'est plus encapuchonnée, et ne présente que quelques ilots blanchâtres.

Sur l'amygdale, la membrane gris sale représente une trainée encore très appréciable. Plus de trismus ; la gêne de la déglutition a beaucoup diminué ; l'articulation des sons se fait facilement. Le gonflement du cou a disparu ; on ne provoque plus qu'une douleur à la pression au niveau du ganglion amygdalien.

Vendredi 13 novembre. — L'amélioration devient de plus en plus manifeste. Plus d'état général. Le gonflement tonsillo-palatin a disparu en grande partie ; l'amygdale seule est encore très rouge un peu augmentée de volume, présentant toujours sur sa face interne une membrane gris sale.

La luette est toujours œdémateuse, bien que diminuée et présente encore sur son bord gauche une fausse-membrane de dimension lenticulaire.

Au niveau de l'amygdale droite rougeur à peine prononcée.

Le ganglion angulo-maxillaire est à peine appréciable. On commence à réalimenter le malade. Température 37°.

Dimanche 15 novembre. — L'amélioration de l'état général est définitive ; et d'après le malade lui-même, la *restitutio ad integrum* serait parfaite.

Au niveau de la gorge, la région gauche ne présente plus trace de tuméfaction ; l'amygdale a sa

grosseur normale, mais présente encore sur sa face interne, un fragment de fausse-membrane en voie de disparition.

La luetite n'est plus œdématisée, elle a repris son volume normal.

Mardi 17 novembre. — Plus trace de fausse-membrane. La gorge a repris son aspect normal.

Le 26 novembre. — Le malade guéri, quitte l'hôpital.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé. Les deux tubes sont couverts de colonies de diphtérie « *bacille long* ».

Réaction de Ernst-Neisser positive.

Le vendredi 13 novembre, inoculation à un cobaye de 480 grammes.

Dimanche. — Diminution de poids de 40 grammes.

Le mardi. — Noyau induré au point d'inoculation, qui indique le début d'un eschare.

Mort du cobaye cinq jours après.

OBSERVATION IV

Ernest L..., dix-sept ans, charpentier en fer. Début de l'affection il y a deux jours, par un « mal de gorge » caractérisé par douleur et gêne de la déglutition, s'accompagnant de quelques symptômes généraux : Céphalalgie, fièvre, insomnie.

Il entre à l'hôpital le 14 mars.

Examen à son entrée. — On remarque tout

d'abord un « *trismus* » qui ne permet d'explorer la gorge qu'avec difficulté. Néanmoins, on constate à droite, une saillie rouge, lisse et tendue que l'on reconnaît pour être le voile du palais qui bombe en avant, formant une tuméfaction qui s'étend jusqu'à son union avec la voûte palatine, et ne franchit pas la ligne médiane en dedans. Le bord libre du voile du même côté semble se confondre avec l'amygdale volumineuse et saillante ; il est impossible d'établir une ligne de démarcation entre le pilier antérieur et cet organe. La face interne de cette amygdale est de plus tapissée d'un « exsudat membraneux » blanc légèrement grisâtre. Tout cet ensemble forme une tuméfaction franchement « *unilatérale* » qui s'étend en avant jusqu'à la voûte, empiétant un peu sur celle-ci ; en dedans ne franchit pas la ligne médiane ; en dehors jusqu'à l'arcade dentaire ; en arrière elle est impossible à délimiter, mais semble ne pas dépasser l'amygdale.

L'exploration avec l'index fait percevoir que la tuméfaction tendue et rénitente ne présente aucun point dépressible qui indique le siège d'un ramollissement ou puisse faire songer à un point de suppuration probable.

La luette est très œdémateuse.

À gauche, on constate simplement de la rougeur diffuse tant à la surface de l'amygdale elle-même, qu'au niveau de la région périamygdalienne.

Le malade articule difficilement les sons ; la déglutition est pénible et douloureuse, et permet à peine l'ingestion des liquides.

L'affection s'accompagne en outre d'une adénite monoganglionnaire droite, au niveau angulo-

maxillaire avec empâtement prononcé de la région latérale droite du cou.

Les mouvements provoquent de la douleur et obligent le malade à maintenir la tête immobile.

L'haleine est fétide : le pouls petit et rapide, température 39°.

En résumé, tableau classique de l'angine phlegmoneuse.

On fait une injection de 40 cmc. SAD.

Le 15 mars. — Légère amélioration. La température reste à 39°. Dans la nuit, le malade se sent mieux, il dort un peu ; il perçoit un peu plus de facilité de la déglutition.

Le 16 mars. — Amélioration notable. L'empâtement cervical diminue, en même temps que la douleur ; les mouvements du cou sont possibles. Le trismus est à peine prononcé. Au niveau de la gorge la tuméfaction est en voie de régression, température 37°6.

Le 17 mars — Rougeur diffuse de toute la région où s'étend la tuméfaction qui est moins accentuée. Le voile du palais ne fait plus que légèrement saillie. Le pilier antérieur ne fait plus corps avec l'amygdale qui a également diminué de volume et présente encore un peu d'exsudat à sa surface. La luette est moins volumineuse, moins œdémateuse, mais très rouge ; l'articulation des sons la projette en avant et laisse voir une fausse-membrane, blanc d'œuf, qui encapuchonne son extrémité s'étendant surtout à sa partie postérieure, fait que l'œdème avait jusqu'alors empêché de constater ; cette membrane présente sur ses bords la zone rouge consécutive à l'injection de sérum.

Le trismus a complètement disparu.

L'adénite est encore perceptible sous forme d'un ganglion de la grosseur d'un pois, légèrement douloureux à la pression ; encore un peu de gonflement du cou à peine appréciable. Les mouvements de la tête se font normalement et sont indolores. Un peu de gêne à la déglutition des aliments solides, température : 36°8.

Le 18 mars. — Rougeur moins prononcée de la gorge. Le voile du palais ne fait plus saillie ; son bord postérieur est entièrement libre. L'amygdale à peine tuméfiée se détache nettement en arrière du pilier antérieur et ne présente plus, ni membrane, ni exsudat. La luette encore un peu tuméfiée ne présente plus de fausse-membrane, et seulement à sa place une légère trace blanchâtre. Pas de symptômes généraux. Température : 36°9.

Le 19 mars. — Tout est revenu à la normale. A l'examen de la gorge, on note seulement un peu de rougeur du pilier antérieur. L'adénopathie est réduite à un petit ganglion de plus en plus en voie de régression. Pas de troubles fonctionnels. Le malade, désormais convalescent, quitte l'hôpital le 26 mars.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé. Les deux tubes sont couverts de colonies de diphtérie : « *bacille moyen et bacille court* ».

Inoculation à un cobaye de 460 grammes. On note de l'œdème au point d'inoculation, et une diminution de poids de 50 grammes.

OBSERVATION V

D^r Louis Martin.

Marie-Louise L..., 16 ans. Entre à l'hôpital le 10 août.

Début dans la nuit du 8 au 9 par douleur de la gorge, s'accompagnant de fièvre.

L'examen à son entrée fait voir au niveau de la gorge à droite ; une amygdale grosse, rouge et douloureuse, soulevant la partie voisine du voile du palais qui est le siège d'une réaction inflammatoire très prononcée.

Sur cette amygdale, on note la présence d'une fausse-membrane de la dimension d'une pièce de cinquante centimètres. L'affection est unilatérale, on ne note rien à gauche ; et son aspect est celui d'une amygdalite phlegmoneuse. Température : 37°9.

On fait une injection de 40 cmc. SAD.

Le 11 août. — L'amélioration est très accusée. La température est à 36 le matin, à 36°3 le soir,

Le 12 août. — L'amygdale droite s'est considérablement affaissée. La fausse-membrane a disparu, sans que la malade ait craché de pus.

La température : 37° le matin ; 36°9 le soir.

La malade guérie quitte l'hôpital le 22 août.

Examen bactériologique. — « Bacille de Lœfler ».

OBSERVATION VI

Dr Louis Martin.

Victor D..., 21 ans. Entre à l'hôpital le 10 juillet.

Son affection a débuté il y a trois jours, par un mal de gorge s'accompagnant d'un point douloureux au niveau de l'angle de la mâchoire à droite : en même temps apparaissent quelques symptômes généraux. Fièvre. Insomnie céphalalgie, dysphagie.

Examen à son entrée. — On constate au niveau de la gorge à droite une amygdale très augmentée de volume, siège d'une rougeur intense : et qui est recouverte d'une fausse-membrane blanc grisâtre.

Le voile du palais du même côté, est soulevé par cette amygdale ; il est rouge lisse, et tendu, cet ensemble forme une tuméfaction rappelant par son aspect l'angine phlegmoneuse.

La luette est rouge et œdémateuse sans exsudat.

L'amygdale gauche est légèrement rouge, et a conservé son volume normal.

L'haleine est fétide, la langue saburrale ; Température 38°.

On fait une injection de 40 cmc. SAD.

Dès le lendemain l'amélioration est sensible.

L'état général est meilleur ; la température est à la normale.

Le 12 juillet. — La tuméfaction au niveau de la gorge

a en grande partie disparu ; sans qu'il y ait eu de suppuration. La déglutition se fait mieux l'adénopathie est moins douloureuse.

Dans les jours qui suivent la tuméfaction continue à s'affaïsser rapidement, la gorge reprend son aspect normal.

La malade quitte l'hôpital le 20 juillet.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé. Les deux tubes sont couverts de nombreuses colonies de « bacilles diphtériques ».

Au cours de nos recherches et alors que nous étions déjà fixés sur leur résultat, notre ami le Dr Girard trouva mention dans un périodique allemand, qu'un auteur suédois venait de rapporter plusieurs cas d'angine diphtérique à forme phlegmoneuse. Il nous en fit part, et nous nous reportâmes au travail de Harald Ernberg, médecin de l'hôpital des contagieux de Stockholm. Dans son rapport cet auteur après avoir signalé, à titre de comparaison, quelques cas d'angine phlegmoneuse associée à la diphtérie, rapportait quatre observations dans lesquelles l'angine diphtérique avait simulé l'angine phlegmoneuse. Bien qu'en elles-mêmes ces observations semblent peu concluantes, à cause du manque de détails précis apportés par l'auteur dans leur rédaction, elles ne doivent pas moins se rapprocher des nôtres, car l'opinion de cet auteur à ce sujet est bien nette ; il dit, en effet : « ... Les choses se passent pourtant quelquefois autrement et cela quand il s'agit de

certains cas de diphtérie simulant une angine phlegmoneuse. S'il faut savoir que cette angine phlegmoneuse peut se compliquer de diphtérie, il faut savoir également qu'une diphtérie peut ressembler à une angine phlegmoneuse..... il est d'une très grande importance de se souvenir de cette ressemblance et de la possibilité de la confusion, attendu que cette méprise peut être très néfaste pour le malade » et au moment de citer ses observations : « il s'agit maintenant de cas simulant une angine phlegmoneuse, et où l'on fit des incisions, à la suite d'un tel diagnostic. »

Dans ces quatre cas dont la nature avait été contrôlée par l'examen bactériologique, le premier malade succomba, le deuxième présenta des complications et les deux autres, grâce à une intervention précoce guérissent rapidement. Ces observations s'ajoutant aux nôtres venaient en la renforçant corroborer notre opinion ; aussi dans ce but, croyons-nous devoir les rapporter :

OBSERVATION I

Harald Ernberg.

D. R.... 28 ans, comptable. Début de la maladie le 1^{er} février par un mal de gorge. Le 3, à 11 heures du matin, il consulte un médecin qui lui fait au niveau de la gorge une incision. Resté chez lui l'après-midi ; son état s'aggrave rapi-

dement. Il se fait alors conduire à l'hôpital ou il arrive à 11 heures 1/2 du soir.

A son entrée, le malade est fortement déprimé. Il lui est impossible d'articuler un son ; la respiration est difficile, au niveau de la gorge, gonflement inflammatoire très prononcé ; le voile du palais fait saillie surtout en haut ou l'on remarque des traces d'incisions. Une fausse-membrane recouvre pilier antérieur et luette œdémateuse et s'étend sur le voile du palais jusqu'à la voûte palatine. L'haleine est fétide.

Traitement : Sérum antidiphthérique, 7500 unités.

Examen bactériologique : Bacille de Loeffler.

Vers 4 heures du matin, la respiration devint plus difficile ; à 5 heures 30 le malade mourut. Une trachéotomie pratiquée le plus rapidement possible avec respiration artificielle consécutive, demeure sans résultat.

A l'autopsie, le pharynx, la plus grande partie du larynx, et la partie supérieure de la trachée, sur une hauteur de 2 centimètres environ, étaient complètement tapissés de fausses-membranes. On notait, en même temps, du gonflement de l'épiglotte et de la muqueuse laryngée.

OBSERVATION II

Harald Ernberg.

Gosta S... 24 ans, ouvrier. Le malade est pris d'un mal de gorge le 18 juillet. Le jour suivant il consulte un médecin qui lui fait des incisions au niveau de la gorge. Il n'en ressent aucune amélioration ; son état s'aggrave et le lende-

main 20 juillet il se présente à la consultation d'où on l'admet à l'hôpital.

A son entrée, le malade dont l'aspect est celui d'un homme fort et bien constitué, présente un état général fortement déprimé.

La gorge est le siège d'une réaction inflammatoire telle que les parties situées en arrière des piliers antérieurs et de la luette est inaccessible à l'examen. Sur le voile du palais fortement tuméfié et de chaque côté de la ligne médiane on voit des traces d'incisions.

L'haleine est fétide, la voix amygdalienne. Tuméfaction et empatement cervical.

Injection de sérum antidiphthérique ; 4000 unités. Examen bactériologique. Bacille de Lœfler.

Le lendemain pas d'amélioration sensible, le malade est déprimé ; teint légèrement cyanosé. Raucité de la respiration. L'inflammation de la gorge a augmenté. La fausse-membrane présente des prolongements qui s'étendent sur le voile du palais. Rien sur la luette.

Nouvelle injection de sérum ; 10.000 unités.

Le jour suivant l'état du sujet est meilleur. La réaction inflammatoire a diminué.

On injecte 5000 unités.

La température baissa dans les deux premiers jours et se maintint à la normale. Pas d'albumine. L'amélioration se poursuivit régulièrement, de telle sorte que, le 31 juillet la gorge était nette et le 28 août le malade put se considérer comme guéri et quitta l'hôpital.

Plusieurs jours après il présenta des symptômes de paralysie du voile du palais qui fut suivie bientôt de faiblesse

dans les bras et les jambes s'accompagnant de paresthésie. Ces derniers symptômes s'accrochèrent à un tel point que le malade fut admis dans la section des maladies nerveuses du lazaret de Séraphin où il demeura plus de trois semaines, jusqu'au 3 novembre, présentant des symptômes de paralysie dans les bras et les jambes avec troubles de la sensibilité dans les mains et les pieds (Ces dernières indications ont été recueillies dans le journal publié par la clinique des maladies nerveuses).

J'ai appris que, par la suite, le malade avait présenté une telle faiblesse des membres inférieurs, qu'il lui fut impossible de sortir sans aides avant le 1^{er} décembre ; et il ne se sentit complètement rétabli que vers Noël.

OBSERVATION III

Harald Ernberg.

K. F..., 24 ans, marchand de fourrages. Début le 10 avril par un mal de gorge s'accompagnant de frissons. Envoyé le jour suivant à l'hôpital par son médecin, avec le diagnostic d'angine phlegmoneuse ; il est admis dans la section d'observation.

A son entrée, l'état général est assez déprimé.

Au niveau de la gorge on constate une inflammation très prononcée ; la luette est œdémateuse. A gauche on note un gonflement siège d'une réaction inflammatoire intense. L'haleine est fétide. Adénopathie douloureuse.

On fait une incision à gauche, elle demeure sans résultat.

Le matin suivant, l'examen bactériologique révèle la présence du bacille de Loeffler.

L'état du malade avait alors empiré. L'examen de l'arrière-gorge était devenu impossible. Des fausses-membranes couvraient le pilier antérieur empiétant sur le voile du palais.

On injecte du sérum antidiphthérique : 5000 unités

Le 13. — Pas de changement dans l'état du malade.

Le 14. — La gorge se nettoie. La température est normale. Les membranes se détachent lentement au niveau de l'incision. Quand le malade boit les liquides ressortent par le nez.

Le 22. — On trouve de l'albumine dans les urines.

Le 8 mai. — La voix est plus nasonnée et le malade se plaint de fatigue de la vue pendant la lecture.

OBSERVATION IV

Harald Ernberg.

A. N..., 29 ans, ouvrier. Début par un mal de gorge le 30 janvier. A son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 1er février, l'état général du malade était bon.

La gorge présentait un gonflement s'accompagnant d'engorgement des ganglions du cou. Température 39°.

Examen bactériologique. — Coccus. Le malade était placé à la section d'observation.

Le jour suivant le voile du palais fait saillie en haut. On fait alors une incision qui n'amène aucun résultat.

Un ensemencement fait le même jour donne une culture pure de bacille de Loeffler.

On injecte du sérum antidiphtérique : 2500 unités. Cette injection fut répétée le jour suivant.

A partir du 6 février l'état va en s'améliorant, et le 24 on congédie le malade comme guéri, et exempt de bacille de la diphtérie.

Suivant lettre de lui du 19 avril, il continue à se bien porter.

De même que l'auteur suédois nous n'avons pas vu signalé de faits semblables dans la littérature que nous avons eue à notre disposition. Cependant lorsqu'on parcourt les nombreuses observations d'angine diphtérique signalées par les auteurs qui précédèrent l'ère bactériologique, on peut parfois relever certains faits cliniques qui se rapprochent beaucoup de ceux que présentèrent nos malades. C'est ainsi que Trousseau, dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu sur la diphtérie maligne, en cite un exemple assez net :

«... Dès notre première visite, dit-il, nous étions
« frappés en examinant la bouche, de l'horrible
« fétidité gangréneuse de l'haleine ; nous trouvions
« le voile du palais fortement repoussé en avant
« du côté droit, comme il l'est chez les individus
« affectés d'angine phlegmoneuse d'un seul côté ;
« mais là nous constatons sur ce voile mem-
« braneux une exsudation couenneuse blanchâ-
« tre, bien nettement limitée et festonnée à sa
« partie supérieure vers la voûte palatine. La tumé-
« faction des ganglions lymphatiques de l'angle de

« la mâchoire et des ganglions sous-maxillaires
« était considérable à droite ; à gauche il n'existait
« rien. Quatre jours après l'entrée de la malade
« dans nos salles, sa situation était loin de s'être
« améliorée, l'engorgement ganglionnaire qui
« m'avait fait dès le début porter un pronostic
« grave, était encore plus considérable et compre-
« nait le tissu cellulaire des régions cervicale et
« sous-maxillaire..... ».

Le malade mourut de sa diphtérie, sans suppuration.

A une époque plus récente, il est une observation qui semble avoir trouble un peu les médecins qui la rapportèrent et qui peut-être pourrait rentrer dans notre cadre ; on la trouvera très détaillée dans la thèse d'agrégation de Landouzy.

C'est celle de G. M. 27 ans, interne des hôpitaux, chez lequel on fit le diagnostic d'angine phlegmoneuse ; « pendant trois jours on crut à l'existence d'un phlegmon amygdalien et à une espèce de pourriture d'hôpital recouvrant les parties phlegmosées ». La persistance des symptômes généraux, la propagation des fausses-membranes au voile du palais révélèrent à Brouardel et à Bergeron la nature diphtérique de la maladie. Les symptômes locaux s'amendèrent le malade guérit sans suppuration ; mais vingt jours après il présenta une série de paralysies qui débutant par le voile du palais se généralisèrent. Le malade ne se rétablit qu'au bout de quatre mois.

Ainsi que nous l'avons dit de tels faits semblent bien se rapprocher des nôtres et malgré l'absence du contrôle bactériologique, un tableau clinique aussi net permet tout au moins une grande présomption.

Il y a quelques semaines, M. Louis Martin rapportait à la Société médicale des Hôpitaux une de nos observations en signalant l'existence de cette forme particulière de l'angine diphtérique. Dans la séance suivante, dont le compte rendu vient de paraître dans le *Bulletin de la Société*(1), M. Dopster mentionnait dans l'angine diphtérique phlegmoneuse, dont il aurait dit-il observé trois cas que nous n'avons pas vus publiés, un myosis unilatéral correspondant au côté de l'affection et analogue à celui signalé par Vincent dans l'angine phlegmoneuse. Nous n'avons pas eu encore l'occasion de le contrôler, et d'ailleurs c'est sous toutes réserves que nous acceptons les dires de cet auteur.

En résumé : telles sont les observations, tels sont les faits ; que s'en dégage-t-il ? A notre avis, trois points particulièrement précis :

- 1° Tous les malades étaient des sujets adultes ;
- 2° L'affection dont ils étaient porteurs revêtait une forme dont les caractères particuliers étaient représentés : par un gonflement inflammatoire de

1. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 3 juin 1904.

l'amygdale et de la région périllonsillaire très accusé et limité à un seul côté ;

Par une adénopathie à prédominance angulo-maxillaire également unilatérale, correspondant au côté de la lésion, et s'accompagnant d'empâtement cervical ;

Par du trismus :

A cela venait s'ajouter la présence d'un exsudat plastique généralement unilatéral et en rapport avec la lésion, se prolongeant le plus souvent sur le voile du palais et pouvant en même temps siéger sur la luette.

En un mot tous les caractères d'une angine phlegmoneuse commune se compliquant d'une fausse-membrane ;

3° La disparition, sans suppuration, rapide et simultanée du processus inflammatoire et des éléments concomitants, sous l'influence de l'injection de sérum antidiphthérique.

SUR LA NATURE DE CETTE FORME D'ANGINE

Devant de pareils faits, nous avons été amenés à nous demander de quelle nature était cette forme d'angine. Le résultat de nos examens nous a montré déjà, que le bacille de Loeffler devait dans ce cas être fortement incriminé : mais la question semblait évidemment plus complexe. En effet,

cette forme était-elle due à une diphtérie associée, dans le sens où on l'entend généralement; était-elle simplement une angine phlegmoneuse se compliquant de diphtérie ou réciproquement. Enfin était-ce une angine diphtérique pure s'accompagnant d'une réaction inflammatoire intense et de même origine? Nous étions arrêté par cette opinion généralement admise, que cliniquement la diphtérie à l'état de lésion pure, ne se manifeste pas par les caractères classiques de l'inflammation. D'autre part, la rapidité du résultat thérapeutique chez des malades ne présentant pas le tableau clinique habituel en pareil cas et l'examen bactériologique nous firent éliminer l'idée de diphtérie associée. Nous nous arrêtâmes alors à cette opinion, que peut-être, nous étions en présence de la forme connue de l'angine phlegmoneuse à résolution spontanée sans suppuration s'accompagnant d'une diphtérie surajoutée. Trois raisons nous firent abandonner cette hypothèse, elles étaient basées sur l'observation clinique, l'examen bactériologique, et surtout sur l'action thérapeutique du médicament spécifique l'antitoxine diphtérique.

La première de ces raisons fut la simultanéité dans l'apparition et le développement de la fausse-membrane et de l'inflammation tonsillo-palatine. En effet, des différentes observations signalées par les auteurs et de nos propres observations, il ressort que chaque fois que phlegmon amygdalien et

diphthérie s'associent, le phlegmon suit ou précède le plus souvent l'apparition de la diphthérie, soit que celle-ci prépare le terrain au microbe pyogène, soit au contraire que le microbe pyogène prépare le terrain à la diphthérie. De plus l'aspect général du malade, malgré l'intensité locale de la lésion, était loin de rappeler celui que l'on rencontre dans l'angine phlegmoneuse où il revêt quelquefois des allures effrayantes ; la douleur était moins vive, la souffrance plus supportable.

Pour l'examen bactériologique deux tubes de sérum coagulé furentensemencés. C'est avec intention que nous ne fîmes point d'ensemencement sur agar. Ce milieu étant électif comparativement au bacille de Loeffler pour le streptocoque et le staphylocoque ; ces microbes pyogènes étant d'autre part les hôtes normaux de la bouche en apparence la plus saine, nous aurions eu ainsi un développement abondant de ces agents pathogènes qu'on aurait faussement incriminés. Mais on sait que lorsqu'on fait sur sérum coagulé l'ensemencement d'une gorge présentant une inflammation d'origine streptococcique ou staphylococcique, dans un cas d'angine phlegmoneuse par exemple, le milieu est entièrement recouvert de colonies confluentes, petites, fines et transparentes de ces microbes apparentes seulement pour un œil exercé au bout de 24 heures, mais très apparentes après un séjour à l'étuve de 48 heures. Dans le cas d'un phlegmon amygdalien se compliquant de diphthérie on voit entre les colo-

nies de diphtérie des espaces entièrement remplis de colonies de microbes pyogènes. Or dans tous les cas qui firent l'objet de nos observations les tubes étaient couverts de colonies de Loeffler et après un séjour de 48 heures et plus à l'étuve à peine apercevait-on quelques colonies étrangères.

Il est évident que ces deux faits pris séparément, ou ensemble même, n'entraînent à aucune conclusion absolue. Nous sommes d'avis qu'ils n'ont une réelle valeur qu'autant qu'on les rapproche du troisième qu'ils viennent corroborer, l'action de l'antitoxine diphtérique.

L'injection de sérum produisit chez chacun des malades un résultat remarquablement net. Chaque injection, en effet, fut au bout de 24 heures environ, suivie d'un retour rapide du pouls à la normale, d'une descente brusque de la température, de la chute des fausses-membranes et d'une amélioration de l'état général. Certes l'affection comportait un élément diphtérie bien avéré et on eut pu croire que l'action de l'antitoxine avait lieu sur cet élément seul. Or on notait simultanément la résorption, et la prompte disparition de la tuméfaction tonsillo-palatine et de tous les symptômes concomitants, trismus, gêne et douleur de la déglutition, adénopathie, empâtement cervical. En vertu du vieil adage : *Naturam morborum curationes ostendunt*, une telle action thérapeutique nous permet d'établir un rapport incontestable de cause à effet. Simultanéité dans l'apparition, simulta-

néité dans la disparition de la fausse-membrane et de la réaction inflammatoire, sous l'influence d'un même agent, nous amenèrent à conclure à une identité dans leur nature, de ces deux éléments associés.

Nous n'ignorons pas que dans certaines formes de l'angine phlegmoneuse, lorsque la résorption spontanée coïncide avec l'administration de tel ou tel médicament, il convient de ne conclure qu'avec la plus grande réserve à son efficacité. Mais dans toutes les observations que nous avons recueillies la netteté des faits ne nous a pas permis de mettre en doute l'efficacité de l'injection de sérum. D'autre part nous avons pour principe à l'hôpital Pasteur d'injecter dès son arrivée et avant d'attendre le résultat de l'examen bactériologique, tout malade entrant pour angine.

Il nous est ainsi fréquemment arrivé d'injecter des malades atteints d'angine phlegmoneuse, chez lesquels par la suite l'examen bactériologique indiquait l'absence de diphtérie. Or chez ces malades, contrairement aux faits que nous venons de signaler, nous avons généralement vu l'affection évoluer, soit qu'elle se termina ou non par suppuration, sans que cette injection sembla exercer une influence appréciable.

Dès lors nous nous croyons autorisé à conclure que cette angine, malgré sa forme, est une angine diphtérique pure, et que les symptômes concomitants qui contribuent à lui donner son aspect par-

ticulier sont liés à une même origine, et sont de même nature.

Ainsi fixés sur la nature de cette forme d'angine, si nous voulions étudier le phénomène d'une façon plus intime, une question resterait à se poser. Le bacille agit-il ici par lui-même ou par sa seule présence ; autrement dit : Quel rapport y a-t-il entre la virulence du bacille et cette forme d'angine ? Il est bien entendu que nous n'avons en vue dans cette question, que la forme à proprement parler de l'angine, qui elle conserve son caractère de gravité du fait même qu'elle est diphthérique.

Dans le premier cas que nous avons rapporté le malade succomba : dans les deux premières observations de Harald Ernberg, pour le premier malade le dénouement fut également fatal, le second présenta des complications importantes. Il semblait donc, qu'une affection dont la marche et l'évolution revêtaient un tel caractère d'importance, devait sans nul doute, être liée à l'existence d'un bacille d'une virulence particulière.

Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer et dans lesquels nous avons pu étudier la virulence du bacille, nous voyons que : dans un premier cas le cobaye meurt en 36 heures ; dans un second la mort survient en 58 heures ; dans un troisième cas il met plusieurs jours à succomber ; enfin dans le quatrième, une simple réaction locale et une diminution de poids indiquent un pouvoir

toxique faible ; et dans tous ces cas, sauf pour le premier, les cobayes étaient de poids sensiblement égal. Cette série d'expériences nous montre que s'il nous a été possible de rencontrer des bacilles doués d'une grande virulence, nous avons pu, à côté de ceux-ci, en mettre en évidence dont le pouvoir toxique était beaucoup moindre et même à peine accusé. Or ainsi qu'on a pu le constater dans les faits précédemment décrits, chez chacun des malades observés la réaction locale fut d'une intensité sensiblement égale. D'autre part, cette angine diphtérique à forme phlegmoneuse, sans être très rare est relativement peu fréquente ; or, bien nombreux sont les cas d'angine diphtérique, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, dans lesquels on a pu isoler un bacille très virulent. Il en résulte donc que s'il est possible que la virulence du bacille entre en cause dans la production de cette forme d'angine, on doit tout au moins ne lui en attribuer qu'une bien faible part.

Si donc, ce phénomène n'est point le fait d'une virulence spéciale du bacille, nous sommes amené à le rattacher à l'organisme lui-même. Il nous reste alors à constater là, la manifestation sous une forme inaccoutumée d'une réaction de défense locale, particulière à certains individus adultes, en présence du bacille diphtérique. Quant aux principes premiers qui font que tel sujet possède telle ou telle propriété dans ses modes de réaction, c'est là le problème de l'idiosyncrasie, et il est à résoudre.

DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'angine diphtérique à forme phlegmoneuse pourra présenter quelques difficultés. Ces difficultés, selon nous, seront moins inhérentes à l'affection elle-même qu'au clinicien. En effet, comme son appellation l'indique et comme nous l'avons exposé, cette affection comporte deux éléments principaux, l'un caractérisé par le gonflement inflammatoire périamygdalien entraînant la contracture des masséters et simulant en tous points l'amygdalite phlegmoneuse ordinaire, le second représenté par l'exsudat plastique. Or, pour un grand nombre de cliniciens, trismus, phlegmon amygdalien, excluent le diagnostic de diphtérie. D'autre part la phlegmasie tonsillaire s'accompagne fréquemment d'un exsudat sans importance. En présence donc de cette forme particulière de l'angine diphtérique, on tiendra ce double raisonnement : trismus, angine phlegmoneuse, pas de diphtérie, exsudat concomitant, exsudat banal.

Cette idée que la contracture des masséters exclut la diphtérie, certains cliniciens parmi les plus autorisés en font un principe. L'année dernière M. Marfan, dans une leçon clinique faite aux Enfants-Malades sur le diagnostic des angines, disait en parlant

de l'abcès amygdalien : « ... Parfois à la surface de cette amygdale tuméfiée se produit un exsudat fibrineux qui ne renferme pas le bacille de Loeffler. Mais il est deux signes qui décèlent le phlegmon amygdalien et permettent d'écarter la diphtérie ; l'unilatéralité et le trismus ; ce dernier signe est pathognomonique... Lorsqu'on se trouve en présence du phlegmon amygdalien le diagnostic de diphtérie est improbable. »

Bien qu'il nous semble un peu absolu nous nous garderions de réprover l'opinion d'un clinicien aussi autorisé que M. Marfan. Car si à notre point de vue cette opinion est fausse, pour son auteur elle renferme une bonne part de vérité. Ce dernier et ceux qui avec lui partagent son opinion sont pour la plupart des cliniciens d'enfants. Or il est un fait bien connu, c'est que l'enfant semble ne pas opposer au niveau de son amygdale un mode de réaction locale analogue comme aspect à celui rencontré chez l'adulte. Il ne réagira donc pas devant un streptocoque ou tout autre microbe pyogène par un mode qui aboutira à l'angine phlegmoneuse, et il est banal de rappeler que cette affection est exceptionnelle chez l'enfant, pas plus qu'en présence du bacille diphtérique il n'opposera un mode de résistance analogue à celui qui chez l'adulte aboutira à la forme d'angine qui nous occupe.

Rien d'étonnant alors à ce qu'un groupe de cliniciens occupés tout particulièrement de pathologie infantile considèrent comme improbable un

fait qu'ils ne seront presque jamais appelés à constater. Et ce qui est vrai pour l'enfant ne l'est plus pour l'adulte et réciproquement.

La diphtérie chez l'enfant étant de beaucoup plus fréquente que chez l'adulte, c'est surtout chez l'enfant que le praticien aura, le plus souvent, étudié cette maladie. Il reste alors susceptible d'appliquer à la pathologie de l'adulte un enseignement et des principes cliniques acquis dans l'étude de la pathologie infantile. Et en présence d'une angine, même diphtérique, qui par son aspect rappellera l'angine phlegmoneuse, il écartera le diagnostic de diphtérie.

Il en résulte donc, que le meilleur moyen d'éviter une erreur de diagnostic, dont on comprendra la gravité, et nos exemples en sont une preuve, ce sera de ne pas ignorer cette forme clinique de l'angine diphtérique, et de savoir, par cela même, qu'une pareille erreur est possible.

Quels renseignements l'affection, en elle-même peut-elle donner ? L'état général du malade nous a semblé moins atteint, que dans l'angine phlegmoneuse : il est vrai que nous les avons vus, pour la plupart, au début de la maladie. La douleur locale nous a paru moins vive, tout au moins nous n'avons pas rencontré les douleurs lancinantes si redoutées des malades dans l'angine phlegmoneuse.

L'haleine présentait dans tous les cas cette odeur caractéristique et d'une fétidité particulière

bien connue dans la diphtérie. Mais il est incontestable que la fausse-membrane est l'élément duquel se déduiront les indications les plus sérieuses. Cette fausse-membrane, en effet, ne manque jamais ; elle se présente avec les caractères, très accusés, qu'on lui connaît dans l'angine diphtérique commune, et chez tous nos malades elle se distinguait avec une grande netteté des exsudats que l'on rencontre dans les phlegmasies ordinaires. Elle est franchement unilatérale, localisée au côté de la lésion, restant en rapport avec elle, et le plus souvent envoyant un prolongement sur le voile du palais. Très fréquemment la luette volumineuse et œdématiée présentera, en même temps, sur une de ses faces une fausse-membrane de dimensions variables : c'est là un signe presque pathognomonique. Et si ces caractères n'entraînent pas toujours à un diagnostic absolu ils feront naître de bien forts soupçons.

Enfin, il reste comme moyen de diagnostic, l'examen bactériologique, qui viendra résoudre définitivement la question. Mais ici les praticiens se divisent en deux catégories, d'une part ceux qui peuvent disposer de ce moyen d'investigation, d'autre part, ceux pour qui il est impossible. Pour les premiers le fait est bien net ; pour les seconds ce serait une grave erreur de croire qu'il y a là pour eux un état d'infériorité. En effet, lorsqu'en présence d'une angine à fausse-membrane à forme phlegmoneuse le praticien sera conduit de par

l'aspect de la lésion et de par son instinct clinique à douter fortement, il n'oubliera pas ce principe capital : *En matière de diphtérie, dans le doute on ne s'abstient pas.*

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La diphtérie est une des rares maladies du pronostic de laquelle on peut souvent dire : « Il est très grave et il l'est peu ».

A l'exception, en effet, des cas dans lesquels cette maladie revêt un caractère particulier de malignité, le pronostic est presque toujours facteur du moment de l'intervention. Plus ce dernier est éloigné du début de la maladie et plus le pronostic s'assombrit. Deux circonstances favorisent cette intervention tardive, ou bien le praticien est appelé trop tard, il n'entre pas en cause, ou bien hésitant devant un diagnostic il tempore, il devient ainsi lui-même la cause du retard et de lui alors dépend le pronostic.

Ceci nous amène à dire que dans l'angine diphtérique à forme phlegmoneuse le pronostic dépendra le plus souvent du clinicien.

Pour celui qui méconnaîtra cette forme le pronostic sera le plus sombre, pour celui au contraire qui malgré cet aspect n'écartera pas le diagnostic de diphtérie et agira rapidement, le pronostic sera bénin ; à l'exception, bien entendu, des cas où même sous cette forme la diphtérie sera maligne. On ne saurait mieux faire que de rappeler à cet

effet le cas de Harald Ernberg dont le premier malade succomba, mais dont les trois autres guérirent. Dans le premier fait que nous avons rapporté, par suite d'une intervention tardive le malade succomba également. Mais instruits par ce premier exemple, écartant chez nos malades le diagnostic d'angine phlegmoneuse nous n'hésitâmes pas dans la suite à instituer immédiatement un traitement antidiphtérique. Et grâce à cette intervention rapide, dans toutes les observations recueillies par nous, nous avons eu la satisfaction de n'enregistrer aucune complication grave.

Quant au traitement de l'angine diphtérique à forme phlegmoneuse il sera celui de la diphtérie. Seulement nous rappellerons ce principe important en sérothérapie diphtérique : « Mieux vaut une injection massive d'emblée, qu'une série de petites doses plusieurs fois répétées ».

CONCLUSIONS

L'angine diphtérique pure et non associée est susceptible « chez l'adulte » de s'accompagner d'une réaction inflammatoire très prononcée.

Cette réaction inflammatoire se limitant à l'amygdale et au tissu périamygdalien simule d'une façon parfaite l'angine phlegmoneuse.

A cette dernière affection elle emprunte trois de ses principaux caractères : « le gonflement phlegmoneux » ; « l'unilatéralité » et « le trismus ». Elle s'en distingue par trois caractères : « la présence d'une fausse-membrane » où l'examen décèle la présence du bacille diphtérique ; « l'absence de suppuration » ; « la rétrocession rapide sous l'influence du traitement spécifique » ; l'injection d'antitoxine diphtérique.

Il semble donc bien résulter de ces faits, qu'il existe un type clinique spécial d'angine diphtérique, qui s'il se rapproche de l'angine phlegmoneuse par son aspect et quelques-uns de ses caractères, s'en différencie néanmoins d'une façon absolue par sa nature.

Vu : le Président de la thèse,

CHANTEMESSE

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHEZ. — Archiv. de Médecine, 1859.
- BARSTOW. — A contribution to the study of peritonsillar abscess. Med. Rec. N.-Y. 1902.
- CURTIS BROWN. — Follicular tonsillitis. Gaillards med. Journal N.-Y., 1902.
- FRENKEL. — Berlin Klin. Woch., 1887.
- FORSHEIMER. — Some remote diseases arising from tonsillar infect. Arch. Pediat. N. Y. 1902.
- GOUGUENHEIM. — Bull. Soc. Méd. des hôpitaux, 1897.
- GERMAIN SÉE. — Bull. Soc. Méd. des hôpitaux, 1860.
- HARALD ERNBERG. — Om förhållandet mellan diphteri och angina phlegmonosa, hygæa Stockolm, 1903.
- HENRY. — Contribution à l'étude des diphtéries associées. Thèse Paris, 1898.
- LANDOUZY. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
- LASÈGUE. — Traité des angines, 1868.
- MARFAN. — Diagnostic de l'angine diphtérique. Gaz. des Hôpitaux, mars 1903.
- MAINGAULT. — Archives de médecine, 1859.
- MARQUEZ. — Rapport à la Société médicale du Haut-Rhin, 1860.
- MAYER. — L'Union médicale, 1860.

MOREL. — Thèse Paris, 1891.

ROCHÉ. — Diphtérie chez l'adulte. Thèse Paris, 1896.

ROGER. — Rev. de Méd., 1899. Sur quelques maladies infectieuses.

— Rev. de Méd., 1900. Sur quelques maladies infectieuses.

SALLARD. — De l'amygdalite aiguë. Paris, 1892.

SANNÉ. — Traité de la Diphtérie, 1877.

TROUSSEAU. — Clin. de l'Hôtel-Dieu, 1855.